Rok LI. Kraków, dnia 10. sierpnia 1912. Nr 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z pracowni fizyologicznej Prof. Dr Cybulskiego.

Zmiany elektrokardyograficzne wywołane obecnością cieczy w worku osierdziowym.

podał

Prof. Dr Cybulski i Dr J. Surzycki.

Badając elektrokardyogramy u ludzi zdrowych oraz dotkniętych wadami serca, zauważyliśmy u jednego badanego, który według obserwacyi lekarskiej (Dr Surzyckiego) przebywał zapalenie wysiękowe osierdzia (pericarditis exsudativa), że wśród zwykłych warunków badania wychylenia nitki galwanometru albo zupełnie nie występowały, albo, o ile występowały, były nieporównanie słabsze i nie przedstawiały zwykłych cech elektrokardyogramu, jakie spotykamy u człowieka zdrowego. Załamek przedsionkowy *P* występował nieznacznie i poprzedzał załamek *R* znacznie więcej niż normalnie. Załamek *R*, poprzedzony małym *q*, a będący wyrazem stanu czynnego komór, wznosił się bardzo nieznacznie ponad poziom, przedstawiał większy czas trwania, niż w przypadkach prawidłowych, poczem nitka wracała do zera, wykazując już tylko bardzo słaby załamek *T*.

Badania na tym samym chorym powtórzyliśmy kilkakrotnie w pewnych odstępach czasu, i jakkolwiek badanie kliniczne wykazało pewną poprawę i ustępowanie stanu zapalnego w osierdziu, to elektrokardyogram wciąż był nieprawidłowy. Podczas tego okresu poprawy wykazanej klinicznem badaniem, zwiększał się załamek *P*, jednak zupełnie się nie zmienił załamek *R* i również bardzo słabo się zaznaczył załamek *T*.

Ponieważ warunki badania pozostawały te same, jak przy badaniu zdrowych osób, musieliśmy te zmiany w elektrokardyogramie przypisać wyłącznie tylko zmianom, istniejącym w worku osierdziowym, a także w mięśniu sercowym, zależnym od sprawy chorobowej danego osobnika.

Ponieważ zmiany w elektrokardyogramie były tak charakterystyczne i występowały także w tym okresie, w którym chory klinicznie mógł być uważany za ozdrowieńca, na zjawisko to musieliśmy zwrócić szczególną uwagę, sądząc, że badania elektrokardyograficzne mogą być bardzo ważnym środkiem rozpoznawczym dla danego cierpienia. Niestety nie mając więcej takich przypadków, które zresztą w tutejszych szpitalach i klinikach należą do rzadkości, i nie mogąc w drodze prywatnej znaleść odpowiednich chorych zmuszeni byliśmy ograniczyć się w naszych badaniach wyłącznie tylko do zwierząt.

Zamiarem naszym było wywoływać u zwierząt sztucznie zapalenia osierdzia i następnie badać je zapomocą galwanometru Einthovena.

Na razie jednakże ograniczyliśmy się tylko do zbadania wpływu jednego czynnika, a mianowicie obecności cieczy w worku osierdziowym, przypuszczaliśmy bowiem, że oprócz wpływu cieczy zawartej w worku osierdziowym na charakter elektrokardyogramów, nie może zostać obojętnym stan mięśnia sercowego, który podczas zapalenia pewnym zmianom ulegać musi.

Doświadczenie, wykonane na psach, którym do worka osierdziowego wprowadzaliśmy rozmaite ilości fizyologicznego rozczynu soli, przemawiają najzupełniej za tem, że przypuszczenia nasze są słuszne.

Doświadczenia te wykonywaliśmy albo na psach zamorfinizowanych, albo na psach kuraryzowanych. Po zdjęciu elektrokardyogramu zwierzęcia, w ten lub ów sposób ubezwładnionego, otwieraliśmy klatkę piersiową i podtrzymując sztuczne oddychanie, zdejmowaliśmy ponownie elektrokardyogram. (Patrz fig. 1. i 2). Następnie przebijaliśmy ostrożnie worek osierdziowy i po umocowaniu specyalnie na ten cel zro-

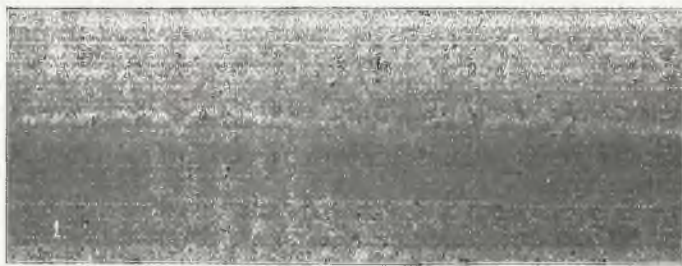


Fig. 1.

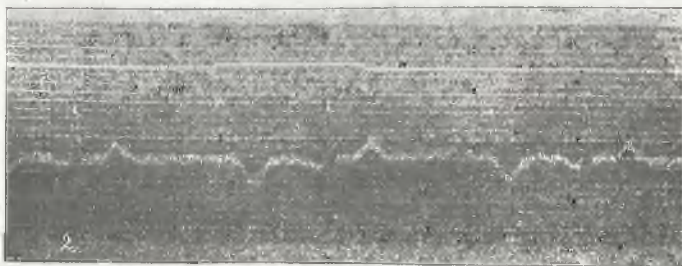


Fig. 2.

bionej kaniuli, łączyliśmy ją z osobnym przyrządem, który pozwalał wprowadzić ściśle oznaczone ilości fizyologicznego rozczynu soli, ogrzanego do ciepłoty ciała. Po wprowadzeniu pewnej ilości rozczynu do worka osierdziowego, zdejmowaliśmy ponownie elektrokardyogram.

Wynik z 8 w ten sposób dokonanych doświadczeń przedstawia się w sposób następujący:

Wprowadzenie cieczy do worka osierdziowego zmienia odrazu elektrokardyogram i w jednakowym stopniu



Fig. 3.

przy rozmaitych sposobach odprowadzenia. (fig. 3). Zmiana ta polega głównie na tem, że wysokość wszystkich załamków się zmniejsza, jednakże typowy charakter elektrokardyogramu nie znika.

Zmiany te są zależne od ilości wprowadzonej cieczy i wogóle są tem wybitniejsze, im więcej wprowadzono cieczy. W niektórych przypadkach większa ilość wprowadzonej cieczy (więcej niż 100 cm^3.) wpływa na czyność serca w ten sposób, że wywołuje znaczne zwolnienie ruchów serca. Po usunięciu cieczy z osierdzia rytm skurczów i elektrokardyogram zwykle wracają do stanu prawidłowego. (patrz fig. 4).



Fig. 4.

W 2 atoli przypadkach przy większej ilości cieczy (ponad 100 cm^3.) przy zwolnionym rytmie elektrokardyogramy przedstawiały załamki w odwrotnym kierunku, jak w stanie prawidłowym. (patrz fig. 5).



Fig. 5.

Przyczyny tego zjawiska, która zupełnie znika po usunięciu cieczy z worka osierdziowego, dotychczas nie mogliśmy bliżej zbadać, sądzimy jednakże, że ono jest następstwem zmiany, wywołanej w przebiegu stanu czynnego w włóknach sercowych. W obu tych przypadkach bowiem jednocześnie znika zupełnie załamek przedsionkowy *P*, z czegoby można sądzić, że pod wpływem ucisku ze strony osierdzia następuje pewnego rodzaju dyssocyacya skurczu przedsionków i komór, przyczem czynność przedsionków zostaje zahamowana, skurcze zaś komór zależą od przebiegu stanu czynnego w odwrotnym kierunku.

Elektrokardyogramy bowiem w tych przypadkach są zupełnie podobne do tych, które się otrzymuje, jeżeli się bezpośrednio drażni koniuszek serca.

Te różnice między elektrokardyogramami, otrzymanymi u psów przy miernych ilościach cieczy w osierdziu, i u człowieka, u którego już klinicznie cieczy nie można było wykryć, świadczą według naszego zdania wymownie o tem, że rzeczywiście na charakter elektrokardyogramów wpływa nietylko obecność samej cieczy przy zapaleniu osierdzia, lecz że w tym przypadku muszą zachodzić głębokie zmiany w mięśniu sercowym, które jego czynność znacznie obniżają.

Te kilka spostrzeżeń pozwoliliśmy sobie przytoczyć jako dowód, że galwanometr strunowy Einthovena może się okazać bardzo pożytecznym przyrządem w rozpoznawaniu tych zmian w osierdziu, których kliniczne badania jeszcze nie są zdolne wykazać.

Etyologia, patologia i leczenie gruźlicy narządu słuchowego.

(Wykład na VII. międzynarodowym Zjeździe przeciwgruźliczym dnia 17. kwietnia 1912 w Rzymie).

Podał

R. Spira.

Sprawy gruźlicze ucha zdarzają się wogóle częściej niż się zwykle sądzi. Wobec ciężkiej ogólnej gruźlicy lekarz, zwykle zajęty poważnym stanem ogólnym lub gruźlicą płuc, krtani i innych narządów, zbyt mało zwraca uwagi na sprawę uszną, i to tem bardziej, że gruźlica ucha często przebiega prawie bez objawów i dolegliwości podmiotowych. Z drugiej strony tam, gdzie choroby ucha już występują jawnie i zwracają na siebie uwagę, przyroda ich gruźlicza często trudno daje się poznać i bywa przeważnie nieuwzględnioną.

Sprawy gruźlicze ucha po największej części towarzyszą gruźliczym cierpieniom innych narządów. Jednakże nie każda choroba uszna u osoby gruźliczej, musi być także przyrody gruźliczej. Obok gruźlicy płuc może wystąpić zwykłe niegruźlicze zapalenie ucha, które tem łatwiej tu powstaje, że przez chorobę płucną zostaje obniżona ogólna odporność ustroju, względnie miejscowa odporność narządu słuchu przeciw drobnoustrojom, zwykle w trąbce i w jamie bębenkowej obecnym, jakoteż przeciw różnym innym wpływom szkodliwym.

Z drugiej strony towarzyszące często gruźlicy płuc sprawy nieżytowe w górnych drogach oddechowych sprzyjają i ułatwiają rozwinięcie się choroby ucha środkowego różnego pochodzenia.

Ze wszystkich części narządu słuchowego podlega gruźlicy najczęściej ucho środkowe, następnie wyrostek sutkowy, trąbka kostna, rzadziej ucho zewnętrzne i trąbka chrząstkowa. Przeważnie ulega zmianom najpierw błona śluzowa jamy bębenkowej, skąd choroba przenosi się na błonę bębenkową, ściany kostne i wyrostek sutkowy. Według dotychczasowych spostrzeżeń początek gruźlicy ucha

środkowego występuje po największej części w postaci gruzełków prosowatych na błonie śluzowej jamy bębenkowej, które przez rozpad wiodą do owrzodzeń. Następnie rozwijają się gruzełki w błonie bębenkowej, których rozpad wiedzie do przedziurawienia tej błony i do ropienia ucha środkowego. Jama bębenkowa wypełnia się tkanką ziarninową i masami serowatemi i stąd sprawa posuwa się na kość skroniową. Rzadziej zdarza się, że gruźlica ucha najpierw zaczyna się na błonie bębenkowej lub w kości skroniowej i stąd dopiero później przenosi się na inne części narządu słuchu.

Pierwszymi, którzy rozpoznali sprawy gruźlicze błony śluzowej jamy bębenkowej, byli Tröltsch i Schwartze (1878). Pewne stwierdzenie tej choroby było możebne dopiero w kilka lat później, po odkryciu prątka Kocha. Pierwszy Eschle wykazał prątki gruźlicze w wydzielinie i w guzkach gruźliczych w jamie bębenkowej, następnie Natan, Haberman, Guranowski i inni. Walb pierwszy wykazał prątki w gruzełkach prosowatych na błonie bębenkowej. Haberman histologicznie wykazał gruźlicę na błonie śluzowej jamy bębenkowej.

Nowsze doświadczenia dowiodły, że gruźlica ucha zdarza się znacznie częściej, niż to dawniej przypuszczano. Haberman podaje, że 4·5% wszystkich przewlekłych ropień usznych jest przyrody gruźliczej. W 21 kościach skroniowych osób zmarłych na gruźlicę znalazł H. 5 razy gruźlicę ucha, a wśród 17 innych przypadków, w których już za życia istniało ropienie uszne, 8 razy gruźlicę ucha. Z 40 przypadków gruźlicy ucha 18% tyczyło się kobiet, 82% mężczyzn, co się tłómaczy większą częstością spraw nieżytowych nosa i gardła u mężczyzn.

Największa skłonność do gruźlicy ucha istnieje, według Schwabacha, u dorosłych w czwartym dziesiątku lat życia. Według Habermana gruźlica ucha najczęściej zdarza się w pierwszem, trzeciem i czwartem dziesięcioleciu. Skłonność do tej choroby w wieku dziecięcym pozostaje w związku z częstemi chorobami zakaźnemi ostremi, osutkowemi, krztuścem, gruźlicą gruczołów chłonnych, u dorosłych z istniejącą już gruźlicą przewlekłą.

Co do strony częściej zajętej spostrzeżenia autorów nie zgadzają się ze sobą. Guranowski (Medycyna 1874) widział na 25 razy ograniczenie choroby do ucha prawego, inni widzieli częściej zajęcie ucha lewego, co Boborne odnosi do częstszego zajęcia lewego szczytu płuc.

Sposób powstania zapalenia gruźliczego ucha środkowego bywa różny.

A) Jak już wyżej zaznaczyłem, sprawy gruźlicze powstają tu w przeważającej części przypadków wtórorzędnie, w następstwie sprawy gruźliczej innego narządu i to znów rozmaitemi drogami:

1) Gruźlica może, zająwszy (wtórnie n. p. przy gruźlicy płuc) błonę śluzową gardła, przez trąbkę nieprzerwanie szerzyć się na błonę śluzową jamy bębenkowej (infectio per continuitatem). Albo też trąbka sama pozostaje nietknięta i służy tylko jako przejście dla zarazków, które przy pewnych aktach odruchowych, przy kaszlu, kichaniu i t. p. zostają z powietrzem lub wydzieliną wpędzone do ucha środkowego z płuc lub z górnych dróg oddechowych, i to tem łatwiej, że trąbka uszna przy gruźlicy płuc zwykle nadzwyczajną posiada drożność. Znalazłszy na błonie śluzowej korzystną glebę do rozwoju, prątki wywołują tu łatwo sprawę gruźliczą (Kontaktinfektion), podobnie jak w gruźlicy krtani.

W podobny sposób gruźlicze wyrośle gruczołowate w gardle mogą stanowić punkt wyjścia dla zakażenia jamy bębenkowej. Grimer wykazał drogę prątków od tkanek gruczołowatych w jamie nosowogardłowej wzdłuż warstwy podśluzowej i naczyń chłonnych trąbki do ucha środkowego.

2) Rzadziej gruźlicze zakażenie ucha środkowego nartępuje »per continuitatem« z przeciwnej strony, przez szerzenie się sprawy gruźliczej z jamy czaszkowej, z ucha zewnętrznego po przedziurawieniu błony bębenkowej lub z jakiegoś innego poblizkiego miejsca kości skroniowej.

3) Nareszcie zakażenie ucha wtórorzędne może nastąpić drogą krążenia krwi lub limfy z innego ogniska, znajdującego się bądź to w płucach, bądź w gruczole chłonnym lub w innem miejscu ciała. Tego sposobu zakażenia dowodzą niezbicie przypadki, w których przy zdrowych płucach i nietkniętych górnych drogach oddechowych nastąpiło zakażenie gruźlicze kości skalistej, wyrostka sutkowego lub błony bębenkowej z gruczołu zserowaciałego lub z gruźlicy kości, rozwijającej się w odległej części ciała lub przy ostrej gruźlicy prosówkowej.

W podobny sposób, t. j. przez trąbkę, przez ucho zewnętrzne lub drogą obiegu krwi, może nastąpić wtórorzędne zakażenie przy samoistnem pierwotnem już istniejącem ropieniu usznem.

B) Rzadziej znacznie spostrzegano pierwotną gruźlicę jamy bębenkowej, Może ona przyjść do skutku przez wtargnięcie prątków gruźliczych z powietrzem do jamy bębenkowej przez trąbkę, przez ubytek w błonie bębenkowej, albo też przez zakażenie wrodzone.

Częściej ulega pierwotnym zmianom gruźliczym wyrostek sutkowy, co następowo pociąga za sobą zakażenie jamy bębenkowej Między innymi Haberman podaje przypadek pierwotnej gruźlicy błony śluzowej jamy bębenkowej. Haike opisuje przypadek pierwotnej gruźlicy ucha środkowego i błędnika, która wystąpiła u czerstwej i zdrowej zresztą młodej dziewczyny bez wykazalnych zmian jakiegobądź innego narządu i dołączyła się prawdopodobnie do ropienia usznego, pozostałego po błonicy w dzieciństwie. W rzadkich przypadkach spostrzegano też gruźlicze zapalenie ucha środkowego jako pierwszy objaw już istniejącej skrycie gruźlicy. Taki bardzo ciekawy przypadek opisał Guranowski.

C) Jako wyjątkowy sposób powstania gruźlicy narządu słuchu przytoczyć należy rozwój jej w uchu po wstrzyknięciu tuberkuliny. W 2 przypadkach Müllera gruźlicze zapalenie ucha powstało podczas leczenia nowotuberkuliną, a Hartmann widział w 2 przypadkach rozwijanie się gruźlicy ucha podczas leczenia tuberkuliną.

Początek i przebieg kliniczny zapalenia ucha środkowego u osób gruźlicą dotkniętych bywa różny i zależny w pierwszym rzędzie od przyczyny. Samoistne niegruźlicze zapalenie ucha może u osób gruźliczych z dobrym stanem ogólnym mieć przebieg zupełnie podobny do przebiegu u osób zdrowych. W gruźlicy ogólnej daleko posuniętej, choroba ogólna wywiera swój wpływ szkodliwy na miejscowe cierpienie uszne, podobnie jak to bywa w cierpieniach usznych u chorych zołzowatych, krzywiczych i t. p. Choroba miejscowa przeciąga się, staje się przewlekłą i wiedzie do różnych powikłań.

W jeszcze większym stopniu następuje to w gruźliczem zapaleniu ucha środkowego. Wprawdzie i tu przebieg zależy od stanu sił chorego, od odporności ustroju, od jadowitości prątków. I tu początek może być podobny do zwykłego samoistnego niegruźliczego zapalenia ucha, ostry z objawami silnego oddziaływania ustroju, z gwałtownymi bólami w uchu i w głowie, ciężkim stanem ogólnym, z gorączką i z zajęciem wyrostka sutkowego. W korzystnych warunkach ogólnych przebieg może być typowy i skończyć się pomyślnie, co jednak rzadziej się zdarza. Przeważnie ujawnia się wkrótce gruźliczy charakter choroby, pojawia się kilka ubytków w błonie bębenkowej, szybki rozpad tkanki, zajęcie wyrostka sutkowego, nabrzmienie gruczołów szyjnych, próchnienie i martwica kości skroniowej. Przez zajęcie kanału Fallopiusza następuje zapalenie, później porażenie nerwu twarzowego. Według doświadczeń Schwartzego porażenie n. twarzowego występuje w gruźliczem zapaleniu ucha środkowego 18 razy częściej, niż w zapaleniach niegruźliczego pochodzenia. Przez nadżarcie większych naczyń krwionośnych w sąsiedztwie mogą powstać niebezpieczne krwotoki z tętnicy szyjnej lub z zatoki

żylnej. Takie śmiertelne krwotoki opisali Hessler, Moos-Steinbrügger, Politzer i in. Choroba może także stanąć w pewnym okresie na jednym stopniu, zresztą przebiegać przewlekle, jak w postaci następującej.

Najczęstszą i cechującą dla gruźliczego zapalenia ucha jest postać od początku przewlekła. Po krótkim okresie zwiastunowym, w którym istnieje uczucie pełności i lekki szum w uchu, albo też bez takiego okresu odrazu pojawia się większa lub mniejsza ilość rzadkiej wydzieliny z ucha, bez bólów, bez bolesności uciskowej, wogóle bez żadnych objawów podmiotowych ani ogólnych, tak że chory nie może podać, kiedy się choroba zaczęła. Błona bębenkowa jest blada, przyćmiona lub słabo zaczerwieniona, obrzękła, z jednem lub kilku przedziurawieniami, czasem z białym nalotem na brzegach ubytków. Mimo braku zmian zapalnych ostrych następuje wkrótce rozległe zniszczenie błony bębenkowej lub kostek usznych i szybkie obniżenie bystrości słuchu. W dalszym przebiegu przewlekłym sprawa może zatrzymać się w jakimbądź okresie, albo zniszczenie rozszerza się na błędnik i kość skroniową.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Queirolo. **Kiła mózgu.** (Riforma medica, 1912, Nr 17). Salwarsan okazał się bezskuteczny wobec zwyrodnień układu nerwowego ośrodkowego, wywołanych przez kiłę; natomiast rtęć, o ile chodzi o zmiany kilakowe i kiłowe zapalenie błony wewnętrznej tętnic, działa znakomicie, jeżeli tylko wczas kiłę rozpoznano i rozpoczęto leczenie. Na dowód tego przytacza Q. 2 przypadki. Pierwszy dotyczy osoby 45-letniej, u której wystąpiło porażenie mięśni twarzy i kończyny górnej, a nadto wybitne zaburzenia psychiczne, które uniemożliwiały wszelką pracę umysłową; rozpoznawszy kiłę tętnic mózgowych (endarteriitis luetica cerebralis), zastosowano wcierania szarej maści i jodek potasu, co w przeciągu półtora miesiąca doprowadziło do zupełnego wyzdrowienia. Drugi przypadek dotyczy osoby 62-letniej, u której nagle powstały zaburzenia czucia w kończynie górnej i dolnej po stronie prawej, poczem wkrótce wystąpiły zaburzenia w kojarzeniu ruchów, a wreszcie porażenie obu kończyn; także i nerw twarzowy tej strony okazywał lekki niedowład: odruchy ścięgniste wzmożone, objaw Babińskiego dodatni. Okoliczność, że chociaż tak ciężko była zajęta sfera ruchowa mózgu, jednak sfera psychiczna była nietknięta, nakłoniła autora, po wyłączeniu krwotoku i zatoru mózgowego, mimo ujemnych wywiadów do rozpoznania zmian kiłowych lewej tętnicy Sylwiusza. Wcierania szarej maści i KJ usunęły w ciągu miesiąca objawy poraźne. Na podstawie tych danych twierdzi Q., że rtęć działa swoiście w kiłowych zmianach zapalnych układu nerwowego, o ile jeszcze nie doszło do następowych zwyrodnień i przypuszcza, że pod tym względem rtęć nie prędko ustąpi miejsca innemu lekowi. Dr T. T.

John. **Leczenie duru pyramidonem.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 18). W 38 bardzo ciężkich przypadkach duru stosował J. pyramidon w dawkach 0,15 co 3 godziny, podając go przez 2—3 dni. Czas ten zazwyczaj wystarczał do tego, by gorączkę w dalszym przebiegu obniżyć. Chorzy majaczący odzyskiwali szybko przytomność, wogóle cały przebieg choroby stawał się lżejszym. Leczenie to stawia autor na równi z leczeniem kąpielami, a nawet, jak w paru przypadkach mógł stwierdzić, sposób ten okazał się skuteczniejszym. Dr Sokołowski.

Weil. **O oznaczaniu ilości treści żołądkowej zgłębnikowaniem i o kontroli zapomocą promieni Röntgena.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 29). O sprawności mechanicznej żołądka nie powinno się sądzić z ilości wydobytej treści po śniadaniu próbnem zapomocą ekspresyi, jeśli nie uwzględni się ewentualnie pozostałej reszty w żołądku. Celem wykazania, jak błędne mogą być wnioski tak jednostronnego badania, postępował W. jak następuje. Po możliwie dokładnem opróżnieniu żołądka z treści, podawał chorym dwie kapsułki glutoidowe z bizmutem, z których jedna zawierała prócz bizmutu kawałek korka, a zatem jako lżejsza utrzymywała się na powierzchni treści. Na płycie służącej do prześwietlania oznaczał W. odległość kapsułek od siebie a, tem samem wysokość słupa płynu pozostałego w żołądku. (Pierwszy tego rodzaju sposób postępowania podał Schwarz). Na 76 w ten sposób badanych przypadków stwierdził W., że tylko w 26 żołądek okazał się zupełnie próżny, natomiast w 50 można było stwierdzić jużto większą już mniejszą ilość treści w żołądku. Dr Sokołowski.

J. Grossmann. **Nowa modyfikacya oznaczania pozostałej treści w żołądku według Mathieu-Rémonda [1]).** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 23). Jak wiadomo, metoda Mathieu-Remonda polega na miareczkowaniu kwasu solnego naprzód w pewnej ilości treści żołądkowej, a następnie w treści pozostałej w żołądku, którą wydobywamy po uprzedniem wlaniu zgłębnikiem 100 cm^3 wody przekroplonej. Grossman zastępuje wodę przekroploną rozczynem $^1/_{100}$ normalnego ługu sodowego, który wlewa do żołądka w ilości 50 cm^3, a następnie dopiero dodaje 50 cm^3 wody. Wyższość tej metody ma polegać na tem, że ług sodowy miesza się z pozostałą treścią nietylko fizycznie, lecz i chemicznie, posiada bowiem wielkie powinowactwo do kwasu solnego. Dr Sokołowska.

R. Massini. **Znaczenie odczynu Wassermanna w chorobach wewnętrznych.** (Münch. med. Woch. 1912, Nr 24 i 25). Na podstawie całego szeregu doświadczeń, dochodzi autor do następujących wniosków: 1) Odczyn Wassermanna jest dzielnym środkiem pomocniczym w uzupełnieniu wywiadów. 2) Przy ciężkich wyniszczających chorobach (gruźlicy, raku i t. p.), a również i przy samej żółtaczce odczyn Wassermanna bywa ujemnym. 3) Wybitnie dodatni odczyn Wassermanna w przebiegu choroby wewnętrznej przemawia za tem, że w ustroju toczy się jeszcze sprawa kiłowa, a więc, o ile nie mamy żadnych innych objawów kiły, możemy z pewnem prawdopodobieństwem przyjąć, że dana choroba wewnętrzna ma tło kiłowe. 4) Słabo dodatni odczyn Wassermanna może przemawiać za tem, że chory przebył kiedyś kiłę, a więc w danej chorobie chodzić może o cierpienie nie kiłowe u dotkniętego kiłą, lub o sprawę pokiłową, np. wiąd rdzenia, lub też wreszcie o następstwo przebytej kiły, jak tętniak, niedomykalność aorty i t. p. 5) Ujemny wynik próby Wassermanna nie wyłącza nigdy kiły. 6) Wreszcie przypuszcza autor, że istnieje może marskość wątroby kiłowa z wybitnie dodatnim odczynem Wassermanna, której klinicznie nie można odróżnić od marskości Laënnecowskiej. Dr Sokołowska.

Neurologia i psychiatrya.

Walker. **Przyczynek do sprawy leczenia porażenia postępującego nukleinianem sodu.** (Obozr. psichiatr. newroł. i eksper. psichoł. 1911. Nr 11—12). Autor leczył w klinice chorób umysłowych i nerwowych 11 chorych, z których 10 cierpiało na porażenie postępujące, a 1 na wiąd rdzenia. Stosowano 2% rozczyn według formuły Donatha (Natr. nuclein 2,0. Natr. chlorat 2,0. Aquae dest. 100,0). Rozczyn ten wprowadzano pod skórę, z początku w ilości 50,0. Po każdem takiem wstrzykiwaniu ciepłota

[1]) Prof. W. Jaworski podał tę metodę 14 lat wcześniej od wymienionych autorów, mimo to metoda ta utrzymuje się w literaturze niesłusznie pod ich nazwiskiem. (Przyp. sprawozd.).

w 4 godziny zawsze zaczynała się podnosić, dochodząc do maximum 38,0 – 38,6 w ciągu 10 godzin, poczem obniżała się powoli tak, że nazajutrz zawsze już bywała prawidłowa. Po kilku wstrzykiwaniach odczyn gorączkowy stawał się zwykle słabszy. Równocześnie z podniesieniem ciepłoty dawała się zwykle zauważyć leukocytoza (20000—30000 białych ciałek — maximum 43000). Leukocytoza zresztą silniej też występowała po pierwszych, niż po następnych wstrzykiwaniach. Innych pobocznych objawów przy stosowaniu średnich dawek (1 – 2 gramów Natr. nuclein.) nie spostrzegano. Natomiast po wyższych dawkach zdarzały się ropnie, które zresztą w ciągu tygodnia ulegały samoistnemu wessaniu. Świetnych wyników, opisywanych przez Donatha, autor nie zauważył. Wprawdzie w 5 przypadkach wystąpiło polepszenie (w jednym z nich nawet znaczne), nie trwało ono jednak nigdy długo i dotyczyło tylko stanu ogólnego, natomiast somatyczne objawy choroby pozostawały bez zmiany. Z tem wszystkiem, zważywszy naszą bezsilność wobec porażenia postępującego, autor radzi podjąć próby stosowania tego środka w początkowych okresach porażenia postępującego. S. Trzebiński.

K. S. Agadżaniane i Strezniewskij. **Kliniczne i doświaczalno-psychologiczne spostrzeżenia nad chorymi, leczonymi preparatem Ehrlicha.** (Obozrjenie psich. i newrol. 1912, Nr 11—12). Spostrzeżenia autora dotyczą 8 mężczyzn, chorych na porażenie postępujące. Z nich w chwili rozpoczęcia leczenia istniały zaburzenia umysłowe od kilku miesięcy u 6, od roku u jednego, od 5 lat także u jednego. Salwarsan wstrzykiwano podskórnie lub śródżylnie; w 4 przypadkach dwukrotnie, w pozostałych 4 jednokrotnie. Na ogół leczenie wybitnego wpływu na przebieg choroby nie wywierało. Nie zauważono wyraźnego działania ani na stan somatycznych objawów, ani na ogólny stan duchowy, ani też nareszcie na poszczególne czynności psychiczne. Waga ciała natomiast u większości chorych podnosiła się, odżywienie się poprawiało. Odczyn Wassermanna u wszystkich chorych pozostawał bez zmiany, z drugiej strony psychologiczne doświadczenia autorów stwierdziły istnienie równoległości pomiędzy wahaniami klinicznych objawów chorobowych, a takiemiż wahaniami sprawności czynności psychicznych, co autorowie uważają za rzecz, nie pozbawioną znaczenia dla naszych poglądów na zagadnienia psychofizyczne. S. Trzebiński.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z d. 21. maja 1912 r.

1) Czarkowski J. i Koelichen przedstawili **nowy sposób leczenia porażeń kurczowych zapomocą zabiegu operacyjnego.** Porażenia kurczowe, zależne od uszkodzenia dróg piramidowych w mózgu, pniu mózgowym, opuszce lub rdzeniu, polegają nie tyle na osłabieniu siły mięśniowej, która zwykle bywa w porażonych mięśniach dobrze zachowaną, ile na znacznem wzmożeniu napięcia w pewnych grupach mięśniowych. Ograniczenie zdolności ruchowej w kończynach porażonych zależy w tych przypadkach wyłącznie prawie od przykurczeń. Dla leczenia tych stanów kurczowych stosowano metodę Förstera, polegającą na przecinaniu w kanale kręgowym korzeni odpowiednich nerwów czuciowych, przez co, zmniejszając dopływ podniet czuciowych do odpowiednich ośrodków rdzeniowych przykurczonych mięśni, zmniejszano jednocześnie napięcie mięśnia. Metoda ta jednak umożliwia zmniejszanie napięcia mięśni w całej kończynie, a nie w poszczególnych grupach mięśniowych, stosowanie jej przytem wymaga poważnego zabiegu chirurgicznego. Nowa metoda, opracowana przez Schofela z kliniki Vulpiusa, polega na przecinaniu części gałązek nerwowych, biegnących od pnia nerwowego do przykurczonego mięśnia; daje ona wyniki natychmiastowe i trwałe. Przedstawiony chory, chłopiec 13-letni, po przebytem w pierwszych latach dzieciństwa zapaleniu mózgu miał porażenie połowicze lewostronne z przykurczeniami; górna kończyna była w położeniu zgiętem w łokciu pod kątem ostrym, przedramię w pronacyi, dłoń zgięta w stawie napięstkowym; w dolnej kończynie przykurczenie istniało głównie w mięśniach łydki. Po wykonaniu operacyi metodą Schofela przykurczenia te znikły i chory może się posługiwać kończynami lewemi.

2) L. Kryński przedstawił chorych i preparaty po różnych zabiegach chirurgicznych, oraz szereg preparatów z dziedziny chirurgii kiszki grubej.

Posiedzenie kliniczne z d. 28. maja 1912.

1) Bregman przedstawił 35-letnią chorą z **nowotworem przysadki mózgowej.** Chora przedstawia 2 główne objawy, zależne od miejscowego ucisku; 1) zaburzenia wzrokowe (ślepotę na prawem oku, hemianopsyę skroniową i ograniczenie nosowej połowy pola widzenia na lewem oku) oraz 2) znaczne powiększenie siodła tureckiego. Prócz tego istnieje szereg objawów, będących następstwem naruszenia czynności przysadki: wypadanie włosów, znaczne wychudnienie, obfite moczenie, zanik narządów rodnych, wydzielanie się od 4 lat z obu piersi gęstej cieczy, podobnej do mleka, tętno przyspieszone, ogólne osłabienie, bezsenność, apatya. Jest to sprawa nowotworowa przysadki o charakterze łagodnym. Rozwijała się od lat 12; od 3 miesięcy pogorszenie. Rozstrzygnięcie w podobnych przypadkach pytania, czy objawy są następstwem wzmożonej lub zmniejszonej czynności przysadki, jest wogóle bardzo trudne, gdyż wyniki badań doświadczalnych są sprzeczne, a dane kliniczne nie dość pewne. W danym przypadku mamy ważną wskazówkę w wynikach leczenia pituitryną: po 16 wstrzyknięciach stan chorej znacznie się poprawił: włosy przestały wypadać, wydzielanie moczu zmniejszyło się, chora czuje się mocniejszą, śpi dobrze. Pomimo tych wyników B. doradza chorej operacyę ze względu na zagrożenie wzroku.

2) Prof. Przewoski i Dębiński przedstawił przypadek **torbielowatego zwyrodnienia nerek.** Klinicznie rozpoznawano u chorego przewlekłe zapalenie śródmiąższowe nerek; po kilkutygodniowem leczeniu nastąpiła znaczna poprawa, białkomocz znikł zupełnie, chory czuł się dobrze; zmarł nagle w nocy. Sekcya wykazała zwyrodnienie torbielowate nerek. Przewoski objaśnia powstawanie tej sprawy zapaleniem nerek w życiu płodowem, trwającem następnie niekiedy aż do późnego wieku; najczęściej sprawa jednocześnie zajmuje i wątrobę.

W dyskusyi przytacza Hewelke spostrzegany przez siebie odnośny przypadek. Co się tyczy hipotezy Przewoskiego o powstawaniu tej sprawy, to nie jest jasnem, dlaczego prelegent zaznacza jakby dwa rodzaje przypadków, z których jedne mają się zdarzać w wieku dziecięcym, a drugie około lat 40; zapewne muszą się zdarzać i w latach pośrednich, mogły tylko zbiegiem okoliczności nie być spostrzegane. Czy jest pewność, aby ta sama sprawa, rozpoczęta w zarodku, działała jeszcze w późnej dojrzałości? Czy badanie wykazuje w takich nerkach sprawę czynną, określoną i charakterystyczną, czy też są to następstwa sprawy dawno wygasłej? Jak wobec wymienionej hipotezy objaśnić obecność takich samych zmian w wątrobie, narządzie innej zgoła budowy? Może porównawcze badania takich zmian w nerkach i wątrobie doprowadziłyby do wyjaśnienia sprawy.

Stankiewicz Wł. omawia 3 przypadki odnośne; jeden z nich dotyczy chorej operowanej z jednostronnem zwyro-

dnieniem torbielowatem nerki. Hipotezę pochodzenia płodowego trudno pogodzić z długiem trwaniem tej choroby.

Pechkranc opisuje spostrzegany przez siebie od dłuższego czasu przypadek, w którym objawy kliniczne upoważniają do rozpoznania torbielowatego zwyrodnienia nerek.

3) Paszkiewicz przedstawia preparaty **zwyrodnienia torbielowatego wątroby i nerek**; w tym przypadku klinicznie rozpoznano bąblowca wątroby i chorego poddano operacyi; dopiero badanie drobnowidowe wyciętego na operacyi kawałka wątroby wyjaśniło rozpoznanie, a sekcya stwierdziła podobne zmiany w nerkach.

T. Borzęcki.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie d. 22. VII. 1912 r.

Przewodniczący: kol. Sterling, sekretarz Sonenberg.

1) Prezes kol. Krusche dłuższe przemówienie poświęcił pamięci zmarłego przed tygodniem kol. ś. p. Juljusza Lohrera. Mówca przytoczył ważniejsze daty z życia zmarłego, zaczął od skreślenia wizerunku Lohrera z czasów studenckich, mówił o sympatyi i zaufaniu, któremi już wówczas go koledzy darzyli w Dorpacie, następnie przeszedł do działalności zmarłego, jako lekarza, której początek zeszedł się z dobą powstania w r. 1863, wspomniał o tem, jak ś. p. Lohrer niósł gorliwie pomoc lekarską ranionym, jak w dalszej karyerze lekarskiej, zwłaszcza na stanowisku lekarza fabrycznego, pojmował swe obowiązki, jak zaznaczał swój stosunek do chorego robotnika, dla którego był zawsze współczującym, pełnym tkliwej życzliwości i serdecznego ciepła, opiekunem. Dalej podniósł kol. K. wartość zmarłego, jako człowieka, mówił o ś. p. kol. Lohrerze, jako o fachowcu, o dużej użyteczności, podniósł jego niepospolite zalety, jako kolegi, który był niezwykle wyrozumiały i w charakterze którego nie było miejsca dla zawiści i uprzedzeń, wreszcie wspomniał o węzłach, które wiązały zmarłego z naszem Towarzystwem, zwłaszcza w pierwszym okresie jego istnienia, kiedy ś. p. Dr Lohrer gorliwie w niem pracował i, ceniony dla swej prawości charakteru, był jedenaście razy z rzędu wybierany prezesem.

Po wysłuchaniu powyższego wspomnienia obecni przez powstanie z miejsc oddali cześć pamięci zmarłego kolegi i zarazem pierwszego prezesa i pierwszego członka honorowego Towarzystwa.

2) Kol. Goldberg a) przedstawił chorą po świeżo dokonanej operacyi **usunięcia macicy rakowatej.**

b) Tenże przedstawił chorą po wycięciu rakowato zwyrodniałej **lewej nerki**. Przed operacyą dokonał kol. Brabander cewnikowania moczowodów, które wykazało, że druga nerka jest zdrowa.

3) Kol. Sterling: **Myślenie warunkowe w medycynie** (podług Verworna i Hansemanna).

Pojęcie »przyczyny« w jego znaczeniu teoryo-poznawczem wymaga, by pewien czynnik, za przyczynę uznawany, wywoływał stale ten sam skutek, zarazem zaś, by ów skutek stale z tej samej przyczyny wynikał. Z tak właśnie logicznie koniecznem określeniem przyczyny w rażącem przeciwieństwie jest nadużywanie »związku przyczynowego« w naukach biologicznych, a szczególnie w medycynie, względnie w t. zw. etyologii chorób. Najjaskrawsze tego przykłady daje etyologia chorób zakaźnych, ale i wszystkie inne działy nozologii w ten sam nieścisły sposób, wskazują na jedną przyczynę, jako na czynnik etyologiczny. Szereg przykładów, dobranych przez Hansemanna ze wszystkich działów medycyny (etyologia chorób urazowych, zatruć, gruźlicy i innych chorób zakaźnych, chorób przemiany materyi, nowotworów, epidemii) przekonywa, że »przyczynowe« ujęcie etyologii chorób ujemnie wpływa na dalszy rozwój tego działu medycyny. Dlatego dążeniem medycyny powinno być staranie się o zastąpienie myślenia »przyczynowego« — myśleniem »warunkowem«, jak to już czynią nauki ściślejsze. Okaże się wtedy, że nie znamy wielu »warunków« powstania chorób; zdobędziemy natomiast racyonalniejszą metodę poszukiwania warunków nieznanych.

Po streszczeniu poglądów Verworna i Hansemanna, zachęca referent do przestudyowania prac tych autorów, poświęconych poruszonemu w referacie zagadnieniu.

(Streszczenie własne).

W dyskusyi przemawiał kol. Kaufman. Kol. Kaufman widzi w wywodach Hansemanna niezbyt fortunną próbę przeniesienia na grunt medycyny walk, które toczono w filozofii o pojmowanie przyczynowości. Wiadomo, iż Kant, wbrew wątpliwościom Humea, uznał przyczynowość za kategoryę naszego umysłu, t. j. widzi w niej pierwiastek subjektywny, który wkładamy w spostrzeganie zjawisk. Jako wynik naszej organizacyi, przyczynowość panuje na całym obszarze ludzkiego doświadczenia, bez względu na to, na jakim stopniu rozwoju naukowego ono się znajduje: dziki poszukuje w mechanizmie zegarka ducha, wieśniak w maszynie parowej konia. Poza stanowisko Kantowskie nie wyszliśmy pomimo prób wielorakich. John Stuart Mill, idąc śladami Humea, usiłował wyprowadzić prawo przyczynowości z doświadczenia i oprzeć je na spostrzeganiu stałej kolejności zjawisk w naturze. Kirchhoff znowu starał się pominąć je zupełnie, sprowadzając w swojej fizyce teoretycznej prawa przyrody do opisu zjawisk. Oczywiście, że proste następstwo i kolejność nie są równoznaczne z pojęciem przyczynowości, chociażby dlatego, że napotykamy w naturze stałą kolejność zjawisk, nie pozostających wcale ze sobą w stosunku przyczynowym. Nie można zastąpić również stosunku przyczynowego w biologii przez podstawienie zamiast niego warunków zjawiska, jak to czyni Hansemann. Przyczyny zjawisk w świecie istot żyjących są więcej skomplikowane i trudniej je wyodrębnić i odnaleść, niż w świecie nieorganicznym, nie należy jednak z tego powodu niwelować przyczyn zasadniczych z warunkami sprzyjającymi. Jeśli zaś splot cały przyczyn nazwiemy warunkami, to śród warunków tych będziemy musieli odróżniać warunki główne i zasadnicze od mniej ważnych. W ten sposób rzecz cała sprowadza się poprostu do gry słów. Przy rozpowszechnianiu się n. p. cholery niewątpliwie wielkie znaczenie mają wadliwe odżywianie się, dawniejsze choroby żołądka i t. d., zasadniczym jednak warunkiem — warunkiem »sine qua non« jest obecność przecinkowca Kocha, boć nie uznajemy wcale za cholerę tych przypadków, w których tego przecinkowca nie znaleziono. Tak samo warunkami rozpowszechniania się świerzbu jest brak czystości, przeludnienie i t. d., zasadniczym jednak warunkiem czyli poprostu przyczyną świerzbu jest swoisty pasorzyt. W propozycyach Hansemanna widzi K. tylko omówienie pojęcia przyczynowości, bez istotnego pogłębienia go.

(Streszczenie własne).

Po odpowiedzi prelegenta i replice kol. Kaufmana:

4) Kol. Goldberg pokazał olbrzymiej wielkości **torbiel jajnika**, usuniętą u 19-letniego dziewczęcia.

5) Kol. Goldman omówił szczegółowo dwa przypadki **z dziedziny chirurgii dróg żółciowych.**

Pierwszy przypadek dotyczył mężczyzny, który zachorował wśród objawów ostrego zapalenia otrzewnej. Do cięcia brzusznego przystąpił kol. G. w okresie ostrym. Po otwarciu jamy brzusznej wylała się nieznaczna ilość surowiczo-ropnego płynu. Natrafiono na twór, który okazał się bardzo rozszerzonym pęcherzykiem żółciowym z ropną zawartością (empyema vesicae felleae). Pęcherzyk usunięto. Przy uwalnianiu zrostów natrafiono na zgorzelinowy wyrostek robaczkowy, który również wycięto. W chwili omawiania przypadku (3. dzień po operacyi) stan chorego był zadowalniający.

Drugi przypadek dotyczył 36-letniej kobiety, która poprzednio przebyła cholecystostomię (w Wiedniu). Kol. G. z powodu uporczywych bólów otworzył ponownie pęcherzyk żółciowy, z którego wydobył wielką ilość kamieni. Ponieważ śluzówka pęcherzyka była mało zmieniona, kol. G. pęcherzyk szczelnie zaszył.

W dyskusyi kol. Maksymilian Cohn był zdania, że pęcherzyka zaszywać nie należało, ponieważ nawrót cierpienia jest w danym przypadku nieunikniony.

W odpowiedzi kol. Goldman podzielił zdanie kolegi Cohna co do możliwości nawrotu i tłumaczył dokonany przez siebie zabieg tem, że w razie nawrotu oryentowanie się w pozostałych drogach żółciowych przy zachowaniu pęcherzyka bywa łatwiejsze. — Kol. Goldberg zaznaczył, że podobnego sposobu postępowania trzyma się niekiedy Kehr. — W dyskusyi wziął również udział kol. Krusche.

Sonenberg.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 20 kwietnia 1912.

I. Kol. Biegański podaje do wiadomości, że »Towarzystwo pracy społecznej« zwróciło się do Zarządu Towarzystwa lekarskiego z prośbą o zamianowanie kilku członków do wspólnej komisyi, która wobec blizkiego samorządu ma się zająć rozpatrzeniem najpilniejszych potrzeb higienicznych miasta. Do komisyi wybrano kol. Biegańskiego, Edwarda Kohna i Wacława Kohna.

II. Kol. Biegański przedstawił 14-letniego chłopca **wzrostu olbrzymiego** (gigantismus). Cała rodzina wzrostu słusznego, młodszy brat szczupły. Wysokość chłopca 170 ctm, waga 206 funtów. Otyłości w ścisłem tego wyrazu znaczeniu — niema. Kości grube. Postać pochylona naprzód, kręgosłup w części grzbietowej wygięty nieco ku tyłowi. Siła mięśniowa niewielka, ociężałość, szybkie nużenie się pod wpływem ruchu. Narządy płciowe rozwinięte prawidłowo, uwłosienie ofite. Rozwój umysłowy odpowiada mniej więcej wiekowi. Rodzice zauważyli sennosć, niechęć do pracy, roztargnienie. Chłopiec skarży się na częste zawroty głowy, silne pragnienie i słaby wzrok. W moczu ślady białka, wałeczki, brak cukru. Kol. Biegański wyłącza akromegalię i rozpoznaje wzrost olbrzymi na tle sprawy chorobowej w przysadce mózgowej.

W dyskusyi twierdzi kol. Rozenfeld, że przypadek ten wymaga dokładniejszego zbadania. Przedewszystkiem brak pomiarów, wykazujących stosunek długości rąk i stóp do długości tułowia. Powtóre trzeba zbadać pole widzenia. Wreszcie rentgenografia dać może cenne wskazówki co do wielkości siodła tureckiego i stanu przysadki mózgowej. W dalszym ciągu kreśli kol. Rozenfeld spółczesny stan nauki o wzroście olbrzymim, mówi o łączności jego z akromegalią i opisuje najważniejsze postacie kliniczne. Na mocy zestawienia kilku objawów uważa przedstawiony przypadek za postać przejściową od wzrostu olbrzymiego do akromegalii. W leczeniu zaleca wyciągi jajnikowe oraz naświetlanie promieniami Röntgena przysadki mózgowej.

III. Kol. Biegański przedstawił chłopca 7-letniego z **kurczowem kręceniem głową** (tic rotatoire). Choroba trwa od lat 6. Z powodu kurczu karmienie było utrudnione, dla unieruchomienia głowy stosowano odpowiedni przyrząd. W ostatnim czasie napady kurczów są rzadsze, zależą od pogody, słabną przy zainteresowaniu się dziecka. Kręcenie głową zależy od skurczu mięśnia skośnego dolnego głowy. W końcu wylicza kol. B. różne postaci kurczów (tic) i opisuje przypadek z własnej praktyki, w którym gwałtownemu kurczowi przedramienia zawsze towarzyszył śpiew kilku zwrotek jednej i tej samej pieśni.

IV. Kol. Wacław Kohn przedstawił hodowle **prątków fosforyzujących** na żelatynie z dodatkiem 3% roztczynu soli kuchennej.

V Kol. Stefan Kohn. **O krwotokach macicznych.** Odróżniamy trzy zasadnicze typy krwotoków macicznych: tętnicze, żylne i śluzówkowe. Tętnicze powstają wskutek niedostatecznego skurczu macicy i drobnych tętnic i występują czasowo podczas zwiotczenia macicy po porodzie lub poronieniu, albo też stale przy niedostatecznej ilości i niedokształceniu włókien mięsnych (metritis, infantilismus). Tutaj należą również krwotoki z powodu stwardnienia tętnic macicznych. Najodpowiedniejszym środkiem leczniczym w krwotokach tętniczych jest sporysz. Krwotoki żylne powstają wskutek zastoju żylnego z przyczyn miejscowych (zapalenia przymaciczne i okołomaciczne, tyłozgięcia, zmiany w przydatkach) lub ogólnych (choroby serca, nerek). W leczeniu krwotoków żylnych wskazane są przetwory kotarniny (stypticinum). Krwotoki śluzówkowe spostrzegamy przy wszystkich postaciach zapalenia śluzówki i w porze przekwitania. W tych razach najlepsze wyniki daje wyciąg gorznika kanadyjskiego (hydrastis). Przy jednoczesnej niedokrwistości arszenik; żelazo nie jest właściwe. Często z powodu współistnienia różnych czynników, wywołujących krwotok, łączymy różne środki lekarskie, np. w czasie krwotoku sporysz, przed — styptycynę, w przerwach — wyciąg gorznika. W ostatnim czasie zaczęto stosować z powodzeniem pituitrynę, która zajęła wybitne miejsce w praktyce położniczej. Doskonałe wyniki spostrzegano przy zwiotczeniu macicy. Stosowano ją również przygotowawczo przed cięciem cesarskiem, przy mięśniakach i zmięknieniu kości.

Z powodu spóźnionej pory dyskusyę nad tym odczytem odłożono do następnego posiedzenia.

Karol Rozenfeld.

†
Dr Ferdynand Obtułowicz.

Z grona lekarzy-higienistów polskich ubył pracownik, należący do przodowników w szeregach publicznej służby zdrowia w Galicyi.

Urodzony 1. stycznia 1851 w Żywcu, odbył ś. p. Obtułowicz studya lekarskie i uzyskał doktorat (w r. 1874) w Krakowie. Odbywszy wycieczkę naukową zagranicę, został sekundaryuszem oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, a pod koniec 1875 r. asystentem kliniki chorób skórnych, gdzie pracował trzy lata przy boku Prof. Rosnera. W październiku 1878 r. wstąpił do rządowej służby sanitarnej: pracował zrazu w powiecie turczańskim, potem w buczackim, a od r. 1901 w powiecie lwowskim.

Obok nadzwyczaj gorliwej pracy na swem urzędowem stanowisku, działał ś. p. Obtułowicz na wielu polach pracy społecznej. Toteż zjednał sobie uznanie władz, poważanie kolegów i wdzięczność szerokich kół społeczeństwa, czego wyrazem było odznaczenie rangą starszego lekarza powiatow. i krzyżem kawalerskim orderu Franciszka Józefa (1908), obywatelstwo honorowe miast Buczacza i Jazłowca, wybór na prezesa Towarzystwa higienicznego we Lwowie, na wiceprezesa Towarzystwa lekarzy galicyjskich i skarbnika Związku lekarzy rządowych.

Już w czasie studyów rozpoczął działalność naukową i piśmienniczą od rozpraw konkursowych: »Zmiany w chorobach co do ilości i jakości krążków krwi«, »Objawy choroby Brighta według przypadków obserwowanych na klinice lekarskiej«, »O okręceniach pępowiny i ich znaczeniu pod względem sądowo-lekarskim«. Od tego czasu nie ustawał w pracy na tem polu, ogłaszając prawie wyłącznie w »Przeglądzie lek.« szereg przyczynków głównie z zakresu chirurgii, dermatologii, medycyny sądowej i higieny, jakoto o mechanizmie uwięźnięcia przepuklin (1875), o pierzchnicy wypocinowej czerwonej, o leczeniu kiły wstrzykiwaniami sinku i białkanu rtęciowego (1876), przypadki olbrzymiego włókniaka śródkrocza, odcięcia worka przepukliny uległej zapaleniu,

przepukliny przeponowej, rumienia wypocinowego z powtórnym wybuchem osutki, ropnia nerki z wytworzeniem się przetoki nerkowej, bąblicy z przebiegiem złośliwym (1875—1877). W tym czasie ogłosił też badania nad różnicą rowków strangulacyjnych na szyi, powstałych za życia i po śmierci (Dwutyg. medyc. publ. 1877) i uwagi o środkach przeciwkiłowych, używanych do wstrzykiwań podskórnych, prace o leczeniu ostrego wiewióra cewki moczowej, o kiłowych zwężeniach tchawicy i oskrzeli (1878). Już na stanowisku lekarza rządowego w Turce ogłasza spostrzeżenia kazuistyczne (tłuszczak wrodzony znacznych rozmiarów, operowany pomyślnie, zapalenie nerwu wzrokowego wskutek pobicia, ropień wątroby po urazie tępym, brak wrodzony pochwy i macicy i t. p.) oraz rozprawę: »O wpływie chorób gorączkowych zakaźnych na rozwój wsteczny nowotworów« (1883). W dalszej działalności coraz więcej przechodzi na pole sanitarne, epidemiologiczne i sądowo-lekarskie. I tak ogłosił pracę o epidemiach tyfusu wysypkowego w Galicyi (1890, Nowiny lek.), uwagi w sprawie powszechnego szczepienia krowianki (1888), o dyfteryi (1886), o dobroci krowianki krajowej (1895), o surowicy krowiankowej (1896), o znaczeniu wynaczynień podopłucnych (1898 i 1890), o urazach czaszki pod względem sądowo-lekarskim (1890, Zjazd lek. i przyr. polskich), o potrzebie obowiązkowej nauki higieny w szkołach średnich (Przegląd hig. 1905), o sądowo-lekarskiem znaczeniu wybroczyn (1907, Zjazd lek. i przyr. polskich), o potrzebie zmiany przepisów o cmentarzach (1909, Przegląd hig.) i t. p. Do tego doliczając mnogie demonstracye w Towarzystwie lekarskiem za czasów pobytu w Krakowie, liczne sprawozdania z różnych zjazdów i t. p., otrzymamy obraz działalności piśmienniczej pracowitej i pożytecznej.

»Przegląd lekarski« traci w ś. p. Obtułowiczu wieloletniego współpracownika i przyjaciela; za czasów redakcyi ś. p. Blumenstoka był ś. p. Obtułowicz przez 3 lata członkiem, a przez dwa (1877 i 1878) sekretarzem komisyi redakcyjnej »Przeglądu«.

Cześć pamięci zasłużonego lekarza i dobrego obywatela kraju! C.

Konkurs.

Jeden ze współpracowników »Przeglądu lekarskiego« przeznaczył swoje honoraryum autorskie na nagrodę konkursową. Wobec tego ogłasza Redakcya »Przeglądu lekarskiego« niniejszem konkurs na sprawozdanie poglądowe (referat zbiorowy), ogłoszone w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1912. Przedmiot sprawozdania poglądowego dotyczyć może któregokolwiek z działów nauk lekarskich i dowolnego zagadnienia. Rozmiary sprawozdania nie powinny przekroczyć 2 arkuszy druku. Nagroda konkursowa wynosi 200 koron.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Listy zdrojowe w zdrojowiskach polskich obejmowały z końcem lipca następującą liczbę osób: Druskieniki 13.560, Ciechocinek 9.154, Krynica 7.012, Truskawiec 3.328, Szczawnica 3.215, Ojców 3.007, Lubień 2.461, Jaremcze 2.403, Rymanów 2.050, Solec 1.021, Żegiestów 796, Delatyn 551. (Nasze Zdroje Nr 17).

— Krakowskie koło Towarzystwa walki z gruźlicą rozpoczęło budowę dyspensatoryum i muzeum przeciwgruźliczego na gruncie, darowanym przez Zarząd miasta, przy ul. Kopernika, w pobliżu klinik i szpitali.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 28. VII. do 3. VIII. 1912 zgłoszono przypadków: błonicy — † — (obcych 1 † —), krztuśca 1, ospy wietrznej —, płonicy 2 † — (1 † 1), duru brzusznego 2 † 2 (— † —), tężca — † — (— † —), nagm. zapalenia opon mózg. —, czerwonki 13, róży 1 † 1. Dr Janiszewski.

Warszawa. Naczelnik powiatu w Kutnie wkroczył przed paru dniami do sali operacyjnej miejscowego szpitala w chwili rozpoczynającej się operacyi i oświadczył lekarzowi szpitala, Dr T., że zakazuje wpuszczać do szpitala Dr Ł. (który bezinteresownie pomagał Dr T. w operacyach), jako »niezatwierdzonego przez władzę«. Dr T., który jest w szpitalu sam jeden (za 150 rb. rocznej płacy!), otrzymawszy potwierdzenie zakazu tego na piśmie, uznał oczywiście dalszą swą pracę w szpitalu za niemożliwą i szpital w Kutnie nie ma obecnie żadnego lekarza. (Medyc. i Kron. lek. 30).

Choroby zakaźne w Łodzi. Do miejskiego szpitala zakaźnego przybyło od 29. VII. do 5. VIII. 1912 przypadków: ospy — † 1, płonicy 1. Dr Trenkner.

Zmarli: Dr M. Pordes, lekarz kolejowy w Przemyślu, w 67 r. ż.

Redakcya otrzymała: Karwicka: O tak zwanej bronchiolitis obliterans. Odb. »Gaz. lek.« 1912. — Giełczyński: Über einen Fall von Emphysema pleurale, mediastinale und subcutaneum im Verlaufe einer Bronchopneumonie beim Säugling. Odb. »Wiener klin. Woch.« 1912. — Czyrniański: O odkażającem działaniu urotropiny w moczu. — Br. Sawicki: 1) Wypełnianie jam w kościach płatami mięśniowymi. Odb. »Przegl. chir. i ginek.«. 2) W sprawie kształcenia lekarzy u nas. »Gaz. lek.«. — E. Flatau i Br. Sawicki: O żebrze szyjnem. Odb. »Przegl. chir. i ginek.«.— Chodźko: Wartość rozpoznawcza płynu mózgowo-rdzeniowego w chorobach umysłowych. Odb. »Neurologia polsk.« 1912. — Józef Jaworski: Trauma als Ursache für das Platzen einer Pyosalpinx mit Entleerung in die freie Bauchhöhle hinein. Odb »Gynaek. Runds.« 1912.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.